



Qué es “Kids Connection”?

Kids Connection es un programa de seguro de salud desarrollado por el Estado de Nebraska para niños cualificados. Que incluye el programa CHIP (Programa de seguro de salud para niños) y Medicaid (el programa de ayuda médica de Nebraska).

¿Qué es lo que cubre “Kids Connection”?

Kids Connection provee cuidado de salud para su niño para ayudarle a prevenir enfermedades, encontrar y tratar los problemas temprano y a mantener buena salud y crecimiento.

Los exámenes regulares incluyen:

- Chequeos y vacunas para los bebés
- Chequeos anuales para niños en la escuela, incluyendo exámenes físicos, deportivos y de escuela.
- Vacunas para niños de edad escolar
- Chequeos y selladores dentales
- Exámenes de vista y de oídos

Kids Connection también provee cuidado médico para lesiones y enfermedades tan pronto como sea posible. Esto es esencial para tratar y corregir problemas de salud.

El tratamiento incluye:

- Visitas al doctor
- Cuidado de hospital
- Consejería
- Servicios especiales para niños minusválidos o condiciones de salud crónicas
- Medicinas
- Laboratorio/Rayos X
- Tratamiento dental
- Anteojos
- Enfermedades mentales, asesoramiento por abuso de sustancias y servicio de tratamiento.

¿Cómo es que Kids Connection puede ser el seguro de salud para mi niño?

La elegibilidad de su niño para tener seguro de salud por Kids Connection es primordialmente basada en los ingresos de la familia.

Niños pueden ser elegibles:

- si tienen menos de 19 años.
- si viven en Nebraska.
- aun si ambos padres viven en la casa.
- aun si uno o ambos padres trabajan tiempo-completo.
- aun si su familia ya tiene otro tipo de seguro de salud.*

*Cuando aplica para Kids Connection, su niño será evaluado por la inscripción basada en sus ingresos, tamaño de su familia y seguro de salud. Algunos programas bajo Kids Connection no son disponibles a niños que ya tienen seguro de salud.

¿Cualifican sus niños para Kids Connection?

Para determinar si sus niños pueden cualificar:

1. Primero, tome sus ingresos brutos (antes de que sus deducciones son sacadas), reste \$100 por mes por cada adulto empleado y despues resten los costos actuales del cuidado de sus niños.
2. Agregue sus ingresos no-ganados tales como manutencion de niños, pensión alimenticia, compensación de desempleo, compensación de trabajo por incapacidades, beneficios del Seguro Social, etc.
3. Entonces, compare este número, junto con el tamaño de la familia, con los números ajustados que se muestran en la tabla que sigue. Si su ingreso ajustado es igual o menor que la suma apropiada en la tabla, sus hijos puede que cualifiquen.

Numero de miembros en la familia (Incluya padres e hijos)	Ingresos Mensuales Ajustados	Ingresos Anuales Ajustados
1	\$1,476	\$17,712
2	\$1,980	\$23,760
3	\$2,481	\$29,772
4	\$2,984	\$35,808
5	\$3,487	\$41,844
6	\$3,989	\$47,868
Por cada persona adicional añada	\$504	\$6,048

Estos números son efectivos comenzando febrero 2005 y aumentaran anualmente a partir de entonces.

□

sus niños aún podrían cualificar. La mejor forma de saber si sus niños son elegibles para Kids Connection, es aplicar. Si tiene preguntas llame al numero gratuito: 1-877-NEB-KIDS (1-877-632-5437) o (402) 471-8845.

Usted puede imprimir una aplicación de Kids Connection en la siguiente:
www.hhs.state.ne.us/med/kidsconz.pdf

Solicitud para Kids Connection

Programas Medicos para los Niños



Kids Connection

Efectivo Noviembre 1, 2003

Instrucciones: Lea con cuidado. Por favor escriba con claridad.

Esta solicitud no es válida sin su nombre, firma y domicilio.

SI USTED ESTA RECIBIENDO O HA SOLICITADO MEDICAID, NO LLENE ESTA FORMA

Persona solicitando por el niño o niños		Relación	Número de Seguro Social	
Domicilio (Número, Calle)	Ciudad	Código	Condado	Número Telefónico/Casa
Dirección Postal, si es diferente (Número, Calle)		Ciudad	Código Postal	Número Telefónico/Trabajo

¿Alguien en su familia recibió servicios del Departamento de Salud y Servicios Humanos este mes o el mes pasado? Sí No (Por ejemplo: Estampillas de Comida, ADC, Cuidado del niño, Medicaid, Ayuda de Energía, etc.)

Si responde Sí, explique bajo qué nombre, dónde, cuándo, y tipo de servicio:

¿Cual es a la lengua hablada en su casa?

Anote todos los miembros de la familia que viven con usted (padres e hijos). Dé la información anotada. Use mas papel si es necesario.

Nombre: (Primer Nombre, Inicial Intermedia, Apellido)	Ciudadano o reside en U.S.A legalmente	Número de Seguro Social	Raza	Fecha de Nacimiento	Sexo M/F	Embarazada Sí o No	Si embarazada, ¿cuál es la fecha de parto?
Padres en casa (padres Bio. O adopt.) Incluya menor embarazada.							
Niños					Nombre de la Madre	Nombre del Padre	Asist. Escuela Sí/ No

¿Tiene seguro en este momento? Si No Si responde sí, Diganos el nombre de la compañía, número de póliza y los nombres de los asegurados en la póliza. El costo de las primas puede ser deducido del ingreso contable.

Compañía de Seguros	Teléfono de la Compañía	Número de Póliza o No. de plan de grupo	Tipo de Aseguranza (HMO, completo, vision, etc.)	Miembros de la Fam. Asegurados Por la Póliza

¿Tiene alguno de los niños que viven con usted alguna cuenta médica no pagada en los últimos 3 meses? Sí No

Si responde sí, es posible que usted pueda recibir ayuda en pagar la cuenta.

Agregue copias de talonarios de empleo y complete la información de abajo

Necesitamos prueba de sus ingresos. Para ingresos, provea copias de los talones de sus cheques de el ultimo mes de trabajo. Si no las tiene provea una carta de empleo (la empresa donde trabaja). Si usted es un empleado autonomo, provea una copia de su mas reciente retorno Federal de taxes. Otros documentos que pueden ser usados, como una carta de su empleo. Si tiene preguntas, llame al numero gratuito 1-877-632-5437.

Hay algun adulto o niño que actualmente este recibiendo dinero de:	Sí	No	Si , responde "Sí", ¿Quién?	Nombre del Patrón o Fuente de Ingresos	Monto en Bruto	¿Cada Cuánto es Recibido?
Salarios, sueldos, propinas, comisiones, etc. (Incluya ingresos de su negocio)						
Salarios, sueldos, propinas, comisiones, etc. (Incluya ingresos de su negocio)						
Ingresos no ganados, tal como: Beneficios Veteranos, Interés, Sosten de Niños, Sosten del Conyúge						
Ingresos no ganados, tal como: Compensación de desempleo, Compensación de Trabajadores, Seguro Social, SSI, etc.						

Si usted paga el costo para que cuiden a sus niños, por favor dé los nombres de los niños y la cantidad mensual que paga por cada niño.

Nombre del Niño	Cantidad Mensual	Nombre y Domicilio del Proveedor

Usted desea recibir información adicional sobre esta ayuda: (favor de marcar una "X" donde aplique)

- Dinero
 Comida
 Utilidades
 Renta
 Cuidado de niño
 Transportación
 Cuidado de adulto
 Ayuda en su casa
 Otra _____

Computación de Ingresos: (SOLO PARA USO DE LA AGENCIA)

- | | | | |
|--|----------|---|----------|
| 1. Total de ingreso bruto mensual, Ganado. | \$ _____ | 4. Restar \$100 por cada adulto empleado | \$ _____ |
| 2. Total de ingresos por auto-empleo ganado. | \$ _____ | 5. Costo total del cuidado de niño | \$ _____ |
| 3. Total de ingresos ganados (sume líneas 1 & 2) | \$ _____ | 6. Total ganado (restar 5 de 4) | \$ _____ |
| | | 7. Total del ingreso mensual no ganado | \$ _____ |
| | | 8. Total de ingreso contable (Sume 6 & 7) | \$ _____ |

POR FAVOR, FIRME ESTA DECLARACION: Yo certifico que la información que he probenido arriba, es verdadera según lo que yo sé y yo doy permiso para que el Estado de Nebraska haga los contactos necesarios para verificar mis declaraciones. Yo he leído la lista de mis derechos y responsabilidades, impresas abajo. Yo sé que podré ser penalizado si yo doy intencionalmente información falsa. Yo certifico que los niños anotados en esta aplicación son ciudadanos de U.S. o inmigrantes legales.

Firma o Marca del Solicitante: _____ Fecha: _____
 (Testigo si se usa marca)

Envie por correo esta solicitud, completa y firmada, con prueba de ingresos, a:
Kids Connection P.O. Box 94926, Lincoln, NE 68509-4926
Si necesita más información llame al número gratuito 1-877-NEB-KIDS (1-877-632-5437)

Derechos y Responsabilidades

Si necesita ayuda con Alimentos, utilidades y cuidado de niños u otras necesidades, llame al Depto. De Salud y Servicios Humanos.

- Yo sé que mis hijos menores de 19 años que sean elegibles para Kids Connection pueden tener chequeos de salud gratuitos, bajo un programa especial de Socios por Niños Saludables, llamado Examen periódico y temprano, Diagnosis y Tratamiento (EPSDT).
- Yo sé que la información que he dado, es confidencial. Yo estoy de acuerdo a que la información médica de mis hijos puede ser divulgada solo si es necesario para la administración del programa.
- Yo sé que cualquier información que he dado puede ser revisada y verificada por el Estado de Nebraska. También yo entiendo que debo cooperar completamente con los trabajadores estatales y federales si mi caso es revisado. No es necesario el tener permisos adicionales o verificaciones u otra información.
- Yo sé que esta solicitud sera considerada sin importar raza, color, sexo, incapacidad, religion, origen nacional o credo político.
- Yo sé que puedo pedir una audiencia si no estoy satisfecho con la acción tomada por el Estado de Nebraska en conección con el programa. Yo también puedo pedir audiencia si siento haber sido discriminado adversamente.
- Yo sé que el Estado de Nebraska requerirá y usará información de un sistema de computador lamado el IEVS (Sistema de Verificación de ingreso y Elegibilidad). Este sistema compara la información de Kid Connection acerca de mi y de los otros miembros de mi familia, con información de otras agencias. Otras agencias pueden incluir el IRS (Servicio de Ingresos Internos), la Administración del Seguro Social y Departamento de trabajo.
- Yo sé que Kids Connection no paga los gastos mdicos que una tercera parte, tal como se supone que una compañía privada de seguros vaya a pagar si mis hijos tienen Kids Connection. Yo doy mis derechos a los pagos de una tercera parte, el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Estos pagos podrán incluir pagos de polizas de seguros de Hospital y salud. Yo sé que si rehuso dar mis derechos a los pagos de una tercera parte, al Departamento de Salud y Servicios Humanos, mi hijo no será elegible para recibir los beneficios de Kids Connection.

Yo entiendo que esta solicitud es una solicitud por una clase de beneficios de salud para niños, bajo Medicaid y no es una solicitud completa de Medicaid. Yo entiendo que si encuentran que mis hijos no son elegibles bajo esta clase de beneficios de salud bajo Medicaid, yo podré ser elegible para beneficios de Medicaid en alguna otra base, y tengo el derecho de completar una solicitud entera de Medicaid.

El sistema de Salud y Servicios Humanos de Nebraska promueve y valora la diversidad y está comprometido a Acción/Afirmativa/Igual oportunidad de empleo y no discrimina en la entrega de beneficios y servicios.

¿Necesita ayuda en llenar esta solicitud?

1. Este seguro de mandar lo Siguiete:

- Prueba de ingresos si esta empleado, incluyendo:

Un mes de talonarios de cheque; o

Una carta de su empleador indicando sus ingresos mensuales; o

Si usted es trabajador autonomo, mande una copia firmada de su 1040 y el Horario C; o

Si usted es un granjero o ranjero, mande una copia firmada de su 1040 y el Horario F; o

Si usted esta en una corporación o asociación "S," mande en una copia de su 1040 y Forma 1065 o 1120S y el Horario K-1.

- La aplicación completa
- Si usted no tiene ingresos, incluya una declaración que explique su situación y cómo usted paga sus gastos.

2. Envíe su aplicación completada a:

Kids Connection

Health Care Coverage for Nebraska Children

P.O. Box 94926

Lincoln, NE 68509-4926

